

ANNEE 1972

N°

104

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

P A R

ABOULKER, Charles

né le 23 Septembre à ALGER (dept d'Alger)

Présentée et soutenue publiquement le

1972

PURPURA SOUS UNGUEAL
ET
HELMINTHIASES

(À PROPOS DE 2 OBSERVATIONS)

PRÉSIDENT : MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BARBIER

ANNEE 1972

N°

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

P A R
ABOULKER, Charles

né le 23 Septembre à ALGER (dept d'Alger)

Présentée et soutenue publiquement le

PURPURA SOUS UNGUEAL
ET
HELMINTHIASES

(À PROPOS DE 2 OBSERVATIONS)

PRÉSIDENT : MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BARBIER



JE DEDIE CETTE THESE :

A Monsieur le Professeur P. B A R B I E R

Professeur au C.H.U. Pitié - Salpêtrière

Qui nous a fait l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse,

Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde
gratitude .

A Monsieur le Professeur GENTILINI

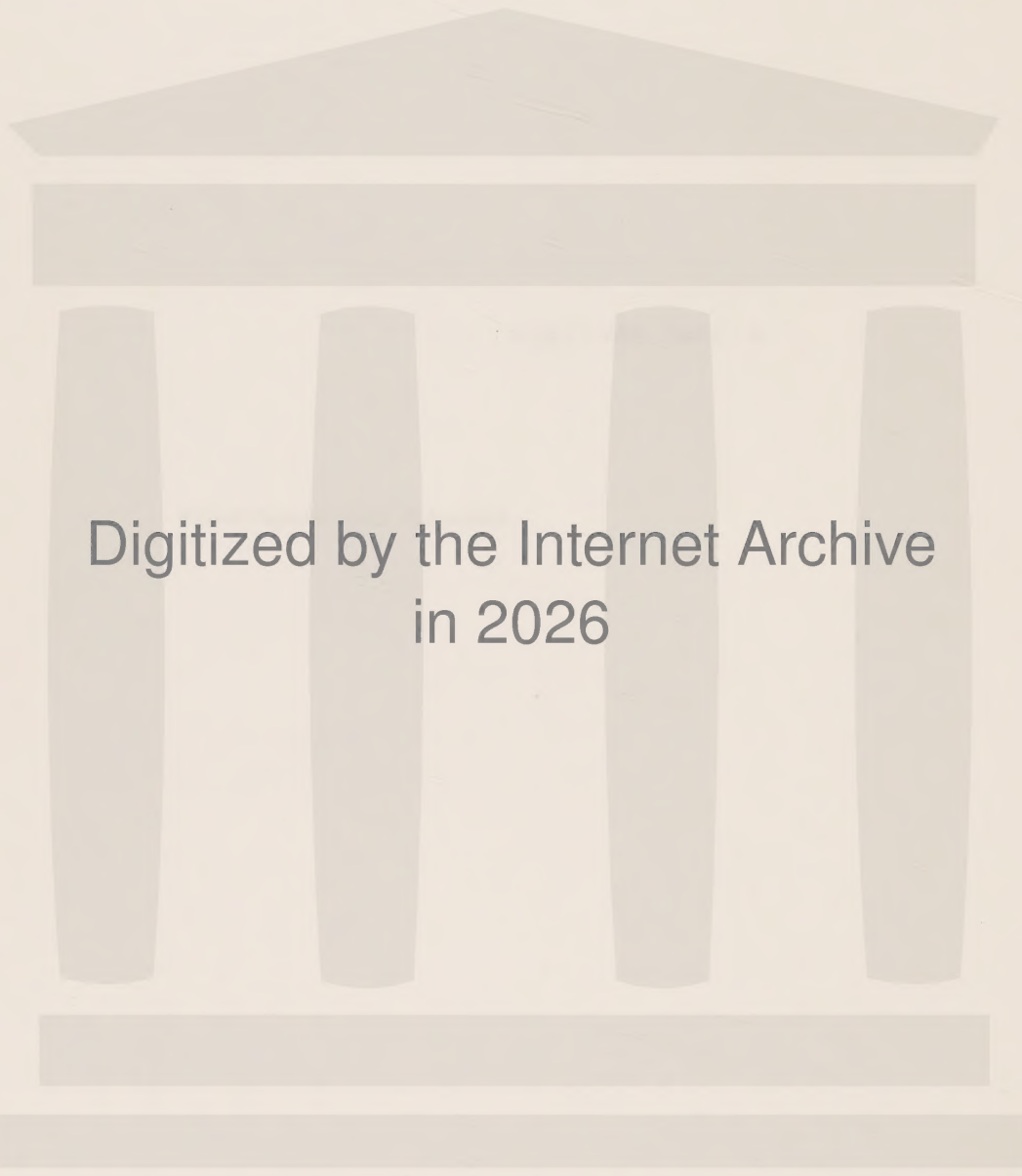
(C.H.U. Pitié - Salpêtrière)

Qui a bien voulu se pencher sur notre thèse
et nous a grandement aidé par les examens
biologiques effectués dans le laboratoire
de son service .

Qu'il veuille bien accepter l'expression
de notre respectueuse reconnaissance .

A tous nos Juges

Hommages très respectueux .



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547106_0020

A tous nos Maîtres des Hôpitaux

et de la Faculté de Médecine de Paris .

A mes grands - parents In memoriam

A ma grand'mère

A mes parents, frère, soeurs

A tous les miens

A Mademoiselle le Docteur Odile TRIPIER,
notre compagne d'études,
avec l'expression de notre affectueuse amitié,

A tous mes amis .

A Monsieur le Docteur P A S Q U I E R

Médecin de l'Hôpital de la Croix St Simon,

Cher Maître,

C'est à vous que nous devons ce que nous savons en médecine ;
Vous avez bien voulu nous traiter toujours avec bienveillance et nous avez
inspiré le sujet de cette thèse, que vous avez suivie pas à pas, nous per-
mettant de la mener à bien .

Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre vive
gratitude et de notre respectueux attachement .

P L A N

- INTRODUCTION
 - Chapitre Premier : OBSERVATIONS PERSONNELLES
 - Chapitre II : ETUDE DU SYNDROME
 - Chapitre III : OBSERVATIONS DE TRICHINOSE
 - Chapitre IV : OBSERVATION DE DISTOMATOSE
 - Chapitre V : ETIOLOGIE ET PATHOGENIE DU SYNDROME OBSERVÉ
 - CONCLUSIONS
-

INTRODUCTION

Il nous a été donné d'observer un curieux syndrome : il comprenait chez un même sujet un signe clinique peu connu : des taches purpuriques sous unguéales touchant tous les doigts, une éosinophilie sanguine et des anomalies à l'immunologie parasitaire . Il ne semble pas avoir été étudié, du moins dans la littérature française . En effet, les quelques exemples que nous avons trouvés étaient dans la littérature anglo-saxonne . C'est pourquoi, lorsque nous avons pu en observer deux cas ces dernières années, dans le service de médecine de l'Hôpital de la Croix Saint Simon, il nous a paru intéressant de les rapporter, de discuter la valeur de ce signe et d'individualiser ce syndrome qui apparaît bénin et, toujours d'après nous, secondaire à une parasitose .

Dans les revues américaines, nous l'avons vu décrit dans le tableau de trichinose où il existerait pour BRIGGS et BRUCK de SAN FRANCISCO (1), dans 60 à 70 % des cas .

Aussi, quand nous avons observé notre premier cas en 1969, c'est vers ce diagnostic que nous nous sommes orientés, d'autant que les signes présentés par notre malade étaient semblables à ceux décrits dans la trichinose . Mais malgré toutes nos recherches, nous n'avons jamais pu la mettre en évidence chez notre malade .

Dans notre deuxième cas (1971), le diagnostic de trichine a été de nouveau recherché, mais, là encore, il a pu être rejeté .

Après avoir rapporté dans un premier temps nos deux observations personnelles, nous étudierons, dans un second chapitre, les principaux signes qui caractérisent ce syndrome tant au point de vue clinique, examens complémentaires, qu'évolutif . Nous en rapprocherons, dans une troisième partie, quelques observations de trichinose pris dans la littérature (2 et 3) dont nous étudierons les signes avant de rapporter avec critique, dans un quatrième chapitre, un cas de distomatose (4). Dans un cinquième chapitre, nous envisagerons l'étiologie de ce syndrome dans nos deux cas personnels en discutant la responsabilité de *taenia saginata* et le problème d'une impasse parasitaire avant d'aborder le problème de sa pathogénie .

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS PERSONNELLES

D Jeanne

La malade âgée de 64 ans entre à l'Hôpital de la Croix Saint Simon le 20 Janvier 1969. Elle présente depuis une quinzaine de jours de la lassitude, une altération de l'état général, une légère fébricule, des douleurs mal définies du cou, de la poitrine et des bras, de sorte qu'elle avait pensé à une banale grippe d'autant qu'il s'y associait un écoulement nasal .

Dans la suite étaient apparus des troubles visuels à la lecture : les lignes se superposaient dans la vision de loin, déformation des images qui disparaissait d'ailleurs lorsque l'objet se rapprochait, par exemple la tête de son petit-fils lui apparaissait de loin grossie mais avec de petits yeux, telle qu'elle ressemblait à celle d'un chinois . Il n'y avait pas de diplopie.

A la marche, sensation de dérobement des membres inférieurs qui faisait trébucher la patiente, sans cependant provoquer la chute .

Enfin, les mains, particulièrement la gauche, étaient devenues malhabiles, leur force musculaire diminuée . Elles étaient légèrement gonflées avec prurit des extrémités des doigts qui présentaient des taches purpuriques sous-unguéales .

Un hémogramme effectué avant l'hospitalisation avait révélé une hyperleucocytose (11.300 globules blancs) avec 35 % d'éosinophiles . Une vitesse de sédimentation à 41-67.

DANS LES ANTECEDENTS PERSONNELS :

- Troubles gastriques à type de brûlures, mais sans périodicité .
- Cholangiographies en 1958 et 1960 pour douleurs, type coliques hépatiques, sans lithiase à la radio .
- Episodes lombalgiques et sciaticques à plusieurs reprises .
- Poussées d'eczéma dont le début remonte à 17 ans .

DANS LES ANTECEDENTS FAMILIAUX :

- Une fille a eu un taenia récemment .
- Un petit-fils a des oxyures .

A L' E X A M E N, on notait : un purpura sous-unguéal au niveau de l'extrémité libre des ongles de tous les doigts et de l'ongle du gros orteil gauche. Les ongles des doigts étaient bombés !

L'examen des différents appareils était normal.

La palpation des bras, des sterno-cléido-mastoïdiens était douloureuse : il n'y avait pas d'atteinte des masseters .

L'examen oculaire était normal, à part un vice de la réfraction non corrigé .

Le Docteur PASQUIER évoqua la possibilité d'une trichinose devant un tableau fait :

- de douleurs musculaires, de phénomènes oedémateux, au moins au niveau des mains, avec prurit des doigts,
- de signes oculaires présentés avant l'hospitalisation,
- de modification légère du comportement habituel qui a été appréciée par la fille de la malade ,
- et surtout l'aspect des ongles,

et malgré l'absence de signes masseteurs et de l'épisode digestif du début .

La malade déclara à ce moment avoir ingéré un jambonneau suspect et mangé de la viande peu cuite .

Le diagnostic de trichinose n'a pu être confirmé malgré de nombreux examens auxquels il fut procédé .

. Les premiers examens ont montré :

- Une éosinophilie à 27 % (21 Janvier 1969),
- Bilan hépatique du 22 Janvier 1969 :
 - . Cholestérol 2,28 g.
 - . lipides 6,10 g.
 - . thymol test 8 UV,
 - . Kunkel zinc 17 UV,
 - . Kunkel phénol KL12 88 UV,
 - . Bilirubine totale 9 mg/l.,

- . Transaminases SGOT 2UI , SGPT 4 UI.,
- . Phosphatases alcalines 4,7 UB .
- Examen des selles (recherche de parasites) négatif (22.1.1969)
- Recherche de cellules L.E. négative (24.1.1969).
- L'électrophorèse des protides montrait :
 - . protéines totales 64 g/l.
 - . Albumine 54 % ,
 - . Globuline 46 % ,
 - . Rapport A/G 1,40,
 - . Augmentation des alpha 2 à 13 % .
- Un électro-encéphalogramme sans anomalie significative,
- Un examen de moëlle effectué par le Professeur POTET le 28 Janvier 1969
note : " une moëlle riche, avec présence de méga-caryocytes ; surtout une éosinophilie intense à 23 % . La formule est normale par ailleurs, aucune forme jeune anormale .

Quelques jours plus tard, le 2 Février 1969 :

- le taux d'éosinophiles était à 28 % ,
- la recherche de parasites à cette même date négative .

Le 7 Février 1969 revient à l'étude immunologique (Docteur NIEL) :

- la réaction de déviation du complément est négative pour *Fasciola hepatica*,
- l'hémagglutination est négative pour liquide hydatique,
- par la méthode d'OUTCHERLONY ou de double diffusion :
 - . *Trichinella spirales* = absence d'arc,
 - . *Toxocara canis* = 1 arc,
 - . Liquide hydatique = 4 arcs,
 - . *Taenia saginata* = 3 arcs ,
 - . *Fasciola hepatica* = 1 arc ,
 - . *Ascaris suum* = 2 arcs ,
 - . *Setaria labiatopapillosa* = 2 arcs .
- Immuno-fluorescence :
 - . Tréponématose = négative .
 - . Toxoplasmose = Titre 450 .
 - . Bilharziose = négative .

- Flocculation de KLINE = négative .

En c o n c l u s i o n , (Docteur NIEL) : " Tracés de précipitation en double diffusion n'autorisant aucune conclusion."

Ce qui est confirmé par le service de parasitologie de LILLE (Professeur CAPRON) le 12 Février 1969 :

" Les tests d'immuno-diffusion et l'analyse électrophorétique effectués à l'aide des extraits antigéniques suivants :

- Fasciola hepatica,
- Ascaris lumbricoïdes,
- Taenia saginata,
- Liquide hydatique,
- Schistosoma mansoni,

n'ont pas entraîné l'apparition d'anticorps spécifiques . "

Réactions sérologiques à l'aide d'extraits antigéniques délipidés de Fasciola hepatica :

- réaction de déviation du complément = négative,
- réaction d'hémagglutination non pratiquée,
- réaction d'immunofluorescence = négative .

Ce même jour, le 12 Février 1969, le service de Biologie Médicale "Emile Brumpt" confirmait la négativité des recherches d'anticorps parasitaires par précipitation gélifiée (méthode d'OUTCHERLONY) pour la Trichinella spiralis .

Parallèlement, la première biopsie musculaire faite le 30 Janvier 1969, ne montrait aucune lésion parasitaire .

- Le 19 Février 1969 :

- 1'éosinophilie était toujours à 20 %,
- et la V.S. à 18-41.

Ce même jour (19 Février 1969) une numération formule donnait chez sa fille CH ... Françoise :

- 6.500 globules blancs,
- 1 % d'éosinophilie .

Chez son petit-fils CH ... Franek (5 ans) :

- 6.700 globules blancs,
- 9 % d'éosinophilie .

Une deuxième biopsie musculaire ne montrait aucune lésion parasitaire .

Un examen histologique d'une coupe d'ongle montrait une matrice sensiblement normale, quelques petites zones de kératine séquestrée, comme il est habituel de le voir au niveau des matrices unguéales, mais aucune lésion parasitaire .

La malade sort de l'hôpital sans traitement .

Après sa sortie, aurait fait des crises douloureuses, 2 à 3, à 10 ou 15 jours d'intervalle, faites d'une douleur épigastrique en barre, de nausées, et accompagnées de diarrhées afécales pratiquement .

Enfin, début avril, la malade présente un petit épisode diarrhéique et évacue des anneaux de taenia qui se révèlent être ceux d'un Taenia saginata (Professeur GENTILINI).

A cette date (2 Avril 1969) , l'éosinophilie se maintient à 21 % .
Un traitement est entrepris par l'Entobex .

Le 21 Mai 1969 : la malade est revue, il n'existe plus de troubles digestifs et n'a pas remarqué d'anneaux dans les selles depuis avril . Se plaint toujours de céphalées, mouches volantes, qu'un ophtalmologiste rapporte à l'artériosclérose . A cette date, l'éosinophilie n'est plus que de 5 % et la V.S. à 8-22 .

La malade est revue en septembre 1971.

- l'état général est bon,
 - l'éosinophilie est revenue à la normale,
 - les réactions immunologiques sont entièrement négatives .
-

A Nina

Adressée par la Docteur A pour :

- myalgies diffuses,
- douleurs épigastriques,
- éruption érythémo-squameuse,
- purpura sous-unguéal .

La malade est admise le 11 Septembre 1971.

- Dans les antécédents personnels, on ne retrouve rien d'important, si ce n'est :

- . des migraines de l'âge de 25 à 40 ans au moment des règles, et qui duraient une journée,
- . une ascaridiose il y a une dizaine d'années,
- . une hernie crurale droite opérée .

Le début de l'histoire actuelle remonte au mois de Juin 1971. A ce moment, elle décrit une douleur de l'oeil gauche associée à un gonflement des paupières . L'ophtalmologiste consulté à l'époque note : " segmentite antérieure gauche ayant débuté par une épisclérite, puis est apparue une kératite ponctuée superficielle, puis ulcération avec iritis" . On a alors évoqué une étiologie virale ou allergique .

Un traitement par collyre et polaramine entraîne une amélioration en dix jours environ .

Le mois de Juillet et le début d'Août se passent normalement . Vers la fin août, précédées d'un prurit discret, apparaissent des papules rosées ; elles s'accompagnent d'un oedème localisé, deviennent rouges et augmentent de diamètre.

L'éruption a débuté au membre supérieur droit (face d'extension) puis a gagné le membre supérieur gauche ; au coude et à la face antérieure de l'avant - bras gauche, au membre inférieur, on retrouve des papules uniquement à droite : face interne des cuisses et face interne de la jambe .

Ces papules durent une quinzaine de jours, puis laissent une macule brunâtre qui disparaît progressivement .

Début septembre : apparition de myalgies au membre supérieur droit puis gauche, et impression de lourdeur des bras .

Quelques jours plus tard, douleur épigastrique interne ayant duré une fois toute la nuit, une autre fois toute la journée, sans aucun rapport avec les repas .

Enfin, trois jours avant son hospitalisation, soit le 11 Septembre 1971, apparition d'un purpura sous-unguéal le long du bord libre des ongles des mains qui serait apparu assez brutalement à tel point que la malade pensant avoir les ongles sales, les a brossés .

On apprend aussi à l'interrogatoire que, depuis deux à trois semaines, elle éprouve des troubles de l'équilibre et des difficultés à la marche, ce qui a occasionné des chutes .

A l'examen, on est en présence d'une femme de 78 ans, asthénisée .

L'examen neurologique note :

- des réflexes achilléens et rotuliens assez vifs à gauche, plus faibles à droite,
- il n'existe pas de signe de Babinski,
- la sensibilité est normale,
- pas de diminution de la force musculaire,
- pas de troubles cérébelleux,
- l'étude des paires crâniennes est normale,
- par contre, la marche est hésitante, à petits pas, avec une légère tendance à tomber en avant .

Le reste de l'examen n'apporte pas de signes caractéristiques :

- abdomen souple,
- pas d'hépatosplénomégalie,
- pas d'adénopathie,
- le coeur et les poumons sont normaux,
- les artères périphériques sont bien perçues,
- la T.A. est à 17-10, le pouls à 90, le poids est de 47 kgs .

Par contre, le revêtement cutanéomuqueux montre :

- des ecchymoses au niveau des rotules et des jambes,
- des papules légèrement prurigineuses, arrondies ou ovalaires, de 2 cm de diamètre, érythémato-squameuses ,

- deux taches purpuriques de la taille d'une tête d'épingle sur les paupières inférieures à droite et à gauche ,
- surtout au niveau des ongles des mains, des stries purpuriques sous-unguéales, siégeant dans le lit de l'ongle, près du bord libre, parallèles à l'axe de l'ongle, de couleur rouge brunâtre et, sur le bord libre, quelques taches grisâtres en voie de disparition .
- au niveau des orteils, quelques taches grisâtres de petites tailles,
- enfin, une saillie de 2 mms de diamètre sur la pointe de la langue, douloureuse .

Les premiers examens biologiques apportent deux éléments :

- une éosinophilie à 18 % ,
- une vitesse de sédimentation à 53-84 .

Les autres examens montrent :

- une glycémie à 0,94 g,
- un bilan hépatique normal,
- l'électrophorèse montre une augmentation des alpha 2 et une inversion de A/G.
- au fond d'oeil que des vaisseaux athéroscléreux,
- l'examen de selles du 25 Septembre 1971 ne montre aucun parasite,
- à l'électrocardiogramme du 13 Septembre 1971 : décalage inférieur de ST en $D_2 - D_3 - V_L - V_F$ et de V_2 à V_5 de type ischémie-lésion sous-endocardique .
- à l'électroencéphalogramme du 15 Septembre 1971 : activité de base asymétrique : à droite nombreux rythmes rapides alors que alpha est rare ; à gauche, l'alpha est plus fourni, associé à des ondes thêta et quelques oscillations lentes delta .

Conclusion : tracé anormal, montrant une dysrythmie lente hémisphérique gauche .

- l'urée est à 0,38 g/l.,
- épreuves fonctionnelles rénales :
 - . débit à 0,94 ml,
 - . hématies / minute 14.000,
 - . leucocytes / minute 270.000,

- immunologie parasitaire du 15 Septembre 1971 :

. IgM sériques = 180 mg/litre (80 % $\pm$ 30 % mg)

. en double diffusion :

Ascaris suum = 3 arcs,

Panagrellus = 4 arcs,

Fasciola hepatica = 2 arcs,

Taenia saginata = 1 arc,

Aspergillus fumigatus = 2 arcs,

Toxocara canis = 2 arcs .

. réaction de déviation du complément Fasciola hepatica négative,

. hemagglutination liquide hydatique = Titre 80 (taux non significatif).

. en immuno-fluorescence :

Toxoplasmose = Titre 100

Tréponématose = Négative,

Bilharziose = négative,

Distomatose = négative,

Hydatidose = négative

Filariose S.L.)

D.V.) négative

. en immuno-électrophorèse : ascaris suum = 1 arc

. absence de suspicion immunologique de trichinose .

En conclusion :

Réponse d'intensité modérée en présence des divers antigènes étudiés en immuno-diffusion . Elles sont plus nettes vis à vis des extraits de nématodes, qu'en présence de Fasciola hepatica et Taenia saginata . La réponse à Toxocara canis n'apparaît pas prédominante . Elévation du taux des IgM sériques .

Au bout de sept jours d'hospitalisation, si les douleurs épigastriques ont disparu, ainsi que les douleurs musculaires, le purpura persiste et la malade est toujours très asthénisée .

Surtout, l'éosinophilie est à 21 % et la vitesse de sédimentation à 55-87.

- BIOPSIE MUSCULAIRE ET CUTANEE :

1.- L'examen histologique des fragments cutanés montre l'existence de lésions caractéristiques d'eczéma . En effet, on retrouve une exosérose importante avec une infiltration cellulaire altérant la basale et pénétrant dans l'épiderme pour former de petites vésicules : ces vésicules contiennent quelques polynucléaires . En surface de l'épiderme, on note une disparition de la couche des grains avec une parakératose importante. Le derme est également le siège d'une infiltration modérée en regard des lésions .

2.- Le muscle strié examiné est parfaitement normal . On ne trouve aucune lésion vasculaire, aucune modification des fibres musculaires .

C o n c l u s i o n : Aspect caractéristique d'eczéma cutané .

Au bout de quinze jours :

- l'état général est meilleur, marche mieux, lit, alors que quelques jours auparavant n'avait pas la force de soulever un livre . Par contre, on note une réapparition de douleurs au bras droit, sans manifestations digestives .

- l'éosinophilie est à 10 % avec 8.000 globules blancs, la vitesse de sédimentation est à 52-82.

- la recherche de parasites dans les selles est toujours négative (27 Septembre 1971).

- les épreuves fonctionnelles rénales (28 Septembre 1971) :

. débit/minute = 2,11

. hématies/minute = 850

. leucocytes/minute = 15.800

- le taux des IgM sériques est à 112 mg %

- le 29 Septembre 1971, nouvel électroencéphalogramme : tracé polyrythmé, d'aspect irritatif, sans asymétrie, sans signe de souffrance localisée, ni activité comitiale .

- le même jour, une nouvelle recherche de parasites dans les selles est négative .

Quelques jours plus tard, la malade ressent une démangeaison sur le dos de la main gauche avec, à ce niveau, un élément rouge, légèrement infiltré, de 1 à 3 mm de diamètre . De plus signale une fatigue visuelle avec larmoiement de l'œil gauche .

L'éosinophilie est remontée à 16 % avec une vitesse de sédimentation à 47-74.

L'ophtalmologiste constate une baisse de l'acuité de l'oeil gauche.

E.C.G. du 27 Septembre 1971 :

Onde T très négative de $D_2 - D_3$ et de V_1 à V_6 , de type ischémie lésion sous-épicardique .

Une nouvelle recherche immunologique le 4 Octobre 1971 donne, par double diffusion :

- Fasciola hepatica	)	
- Panagrellus	)	
- Aspergillus fumigatus	)	2 arcs
- Ascaris suum = 3 arcs	)	

Les épreuves fonctionnelles rénales du 5 Octobre 1971 :

- Débit/minute = 2,33
- Hématies/minute = 2.500
- Leucocytes/minute = 1800.

La recherche de parasites dans les selles du 6 Octobre 1971 est de nouveau négative .

Le 12 Octobre 1971 : douleur de la cuisse gauche avec difficulté à la marche, somnolence toute la journée .

Le lendemain : nette amélioration .

Le même jour, 13 Octobre 1971, à l'électro-encéphalogramme : dysrythmie lente hémisphérique gauche constatée dans le premier E.E.G. a disparu .

La malade sort le 14 Octobre 1971 . Son éosinophilie est à 13 % .

Evolution : Elle est revue le 30 Décembre 1971 : l'état général est bon, mais la malade continue de se plaindre de petits troubles de l'équilibre bien que l'examen ne retrouve aucun signe objectif . Il existe des papules dans la région temporale gauche et au niveau des doigts . Elles apparaissent de temps en temps, précédées d'un prurit localisé .

On redemande un bilan :

- Eosinophilie 5 % ,
- Vitesse de sédimentation 10-36,
- Electroencéphalogramme : tracé irrégulier, polyrythmé, comportant quelques ondes lentes, sans signe de localisation ni d'activité comitiale (à interpréter en fonction de la clinique) .

- L'examen de la selle est négatif .
- Enfin, une immunologie parasitaire :
 - . Fasciola hepatica = 2 arcs .
 - . Panagrellus = 2 arcs .
 - . Ascaris suum = 2 arcs .
 - . Parascaris equorum : 1 arc faible .
 - . Toxocara canis = 1 arc .
 - . Ascaris lumbricoïdes = 2 arcs .

E n conclusion :

Réponse immunologique notable vis à vis de certains des antigènes utilisés (Ascaris lumbricoïdes, Toxocara canis). Tableau actuellement ininterprétable dans notre expérience . Une migration larvaire peut être évoquée .

CHAPITRE DEUXIÈME

ETUDE DU SYNDROME

1.- LES TACHES PURPURIQUES

Ce sont des taches spontanées . En effet, dans aucun cas. l'interrogatoire n'a mis en cause un traumatisme .

- DATES D'APPARITION

Elles sont survenues à une date précoce à partir du début de la maladie .

Au cours de la deuxième semaine dans l'observation D ... Jeanne .

Dans l'observation A ... Nina, il semble y avoir deux poussées de taches purpuriques . L'une a été notée au mois de septembre au moment de l'hospitalisation, mais on pouvait observer encore à cette époque quelques taches grisâtres sur le bord libre de plusieurs ongles et qui correspondaient très vraisemblablement à une poussée purpurique antérieure, probablement survenue à la phase initiale de la maladie (manifestations oculaires : iritis, segmentite antérieure).

- LOCALISATION

Les taches purpuriques occupent les extrémités des dix doigts dans l'observation D ... Jeanne, et également ont été notées sur le gros orteil gauche. Dans le cas de l'observation A ... Nina, outre le purpura aux mains, on a trouvé quelques taches aux orteils . Lorsque le purpura sous-unguéal existe, il atteint essentiellement les doigts, la localisation au niveau des orteils étant plus accessoire .

- ASPECT

Chaque tache purpurique a l'aspect d'une strie dont le grand axe est parallèle à l'axe des ongles . Elles siègent dans le lit de l'ongle, près du bord libre, de petites tailles, nombreuses, formant un réseau dense, donnant l'impression d'un liseré périphérique dans l'observation D ... Jeanne ; de plus grandes tailles et moins nombreuses dans l'observation A ... Nina, mais gardant toujours une disposition linéaire parallèle au bord libre de l'ongle .

- SIGNES ASSOCIES

Les taches purpuriques sont accompagnées d'une discrète sensation de tension . On retrouve un prurit avec gonflement des mains dans l'observation D ... Jeanne, tandis qu'une éruption, des myalgies, précèdent le purpura dans l'observation A ... Nina .

- EVOLUTION DU PURPURA

Ces taches purpuriques évoluent parallèlement à la pousse de l'ongle . Elles se rapprochent progressivement de l'extrémité des doigts, et atteignent le bord libre des ongles en 3 ou 4 semaines . Simultanément, les taches perdent leur couleur pourpre pour devenir grisâtres .

2.- L'ÉOSINOPHILIE

Le taux d'éosinophilie a atteint 37 % dans l'observation D ... Jeanne, et 21 % dans l'observation A ... Nina .

Le taux est revenu à la normale en cinq mois dans l'observation D ... Jeanne, et cela après traitement par l'Entobex .

Par contre, dans l'observation A ... Nina, en trois mois et demi, le taux est revenu à 5 %, en dehors de tout traitement spécifique .

Dans l'observation D ... Jeanne, le taux s'est maintenu autour de 20 % pendant quatre mois avant de baisser rapidement en un mois et demi .

Dans l'observation A ... Nina, par contre, on constate une courbe en dent de scie avec remontée nette lors des poussées .

OBSERVATION D ... Jeanne

	<u>Glob. Blancs</u>	<u>Eosino .</u>	<u>V.S.</u>
avant hospitalisation	11.300	37 %	41-67
20 Janvier 1969	13.400	27 %	33-61
2 Février 1969	9.000	28 %	
19 Fév. 1969	8.600	20 %	
2 Avril 1969	10.900	21 %	
21 Mai 1969		5 %	
Octobre 1971		3 %	

OBSERVATION A ... Nina

	<u>Glob. Blancs</u>	<u>Eosino .</u>	<u>V.S.</u>
11 Sept.1971	11.400	18 %	53-84
18 Sept.1971	9.500	21 %	55-87
25 Sept.1971	8.000	10 %	52-82
7 Octobre 1971	8.000	16 %	47-74
14 Octobre 1971	10.400	13 %	10-36
30 Décembre 1971	10.400	5 %	

Tableaux regroupant l'évolution du taux des éosinophiles, des globules blancs.
et de la vitesse de sédimentation dans nos deux cas .

-
- Le chiffre des leucocytes est légèrement augmenté dans les deux observations .
 - Il n'y a pas d'autres anomalies de la numération formule sanguine, en particulier pas d'anémie .
 - A la ponction sternale (Observation D ... Jeanne), on a retrouvé une éosinophilie à 23 % .

3.- RÉACTIONS IMMUNOLOGIQUES

Elles ont été effectuées dans le Service du Professeur GENTILINI par le Docteur NIEL pour la plupart . D'autres ont été pratiquées dans le Service du Professeur CAPRON, de LILLE, et une dans le Service de parasitologie " Emile BRUMPT " de GONESSE .

Les réactions pratiquées comprennent :

- méthodes de double diffusion ou d'OUTCHERLONY .
- méthodes d'immunofluorescence,
- méthodes de déviation de complément
- méthodes d'hémagglutination .

OBSERVATION D ... Jeanne

Le 7 Février 1969 (Service GENTILINI)

Méthode d'OUTCHERLONY	. Trichinella spirales = 0 . Toxocara cavum = 1 arc . Liquide hydatique = 4 arcs . Taenia saginata = 3 arcs . Fasciola hepatica = 1 arc . Sitaria labiato papillosa = 2 arcs
Immunofluorescence	. Tréponème = négatif . Toxoplasmose = 450 . Bilharziose = négatif
Déviation de complément	. Fasciola hepatica négative
Hémagglutination	. Liquide hydatique négatif

12 Février 1969 - Service CAPRON

Immunofluorescence	. Fasciola hepatica) . Ascaris lombricoides) P a s . T. saginata) d'anticorps . Enchocervica volviles) . liquide hydatique) spécifique . shistosom)
Déviation de complément	. Fasciola hepatica = 0
Hémagglutination	. non pratiquée
Immunofluorescence	. Fasciola hepatica = 0

12 Février 1969 - Service "Emile Brumpt"

Méthode d'OUTCHERLONY

Trichiniella spiralis : aucun arc.

Septembre 1971

Toutes réactions négatives .

OBSERVATION A ... Nina

15 Septembre 1971

Méthode d'OUTCHERLONY	. Ascaris : 3 arcs . Panagrellus : 4 arcs . Fasciola hepatica : 2 arcs . T. saginata : 1 arc . . Aspergillus fumigatus : 2 arcs . Toxocara canis : 2 arcs .
Déviatiion de complément	. Fasciola hepatica : négative
Hemagglutination	. Liquide hydatique : 80
Immuno-fluorescence	. Toxoplasma : 100 . Tréponématose : négative . Bilharziose : négative . Distomatose : négative . Hydatidose : négative . Filariose : négative
Immuno-électrophorèse	. Ascaris suum : 1 arc . Trichinella : 0

4 Octobre 1971

Méthode d'OUTCHERLONY	. Fasciola hepatica : 2 arcs . Panagrellus : 2 arcs . Aspergillus fumigatus : 2 arcs . Ascaris suum : 3 arcs
-----------------------	---

30 Décembre 1971

Méthode d'OUTCHERLONY	. Fasciola hepatica : 2 arcs . Panagrellus : 2 arcs . Ascaris suum : 2 arcs . Parascaris equorum : 1 arc faible . Toxocara canis : 1 arc . Ascaris lumbricoides : 2 arcs .
-----------------------	---

4.- AUTRES SYMPTÔMES

D'autres symptômes notés dans nos observations méritent également d'être rapportés :

a.- SIGNES CUTANES

On ne les retrouve que dans l'observation A ... Nina .

Ils ont été présents pratiquement dès le début de la maladie, avant l'apparition des taches purpuriques sous-unguéales . Il s'agit de papules rosées, arrondies ou ovalaires, les unes petites de 3 ou 4 cms de diamètre, les autres atteignent 2 cms de diamètre, érythémato-squameuses, légèrement prurigineuses . Elles siégeaient sur les faces d'extension des membres supérieures et sur la cuisse et la jambe droite . Elles se sont accompagnées de deux taches purpuriques sur les paupières inférieures de la taille d'une tête d'épingle et sur la pointe de la langue (saillie de 2 mms douloureuse).

L'examen histologique pratiqué par le Professeur POTET sur des fragments cutanés montre " l'existence de lésions caractéristiques d'eczéma . En effet, " on retrouve une exosérose importante avec une infiltration cellulaire altérant la " basale et pénétrant dans l'épiderme pour former de petites vésicules . Ces vésicules " contiennent quelques polynucléaires . En surface de l'épiderme, on note une dispa - " rition de la couche des grains avec une parakératose importante . Le derme est " également le siège d'une infiltration inflammatoire modérée en regard des lésions."

On note au cours de l'évolution qu'elles signalent et précèdent une " poussée" (augmentation des éosinophiles à 16 %).

Nous les retrouvons après la sortie de la malade, bien que fortement atténuées, toujours sur les membres supérieurs (en particulier au niveau des doigts) et sur le visage . Il s'agit donc de plusieurs poussées éruptives échelonnées sur plus de deux mois .

b.- TROUBLES NEUROLOGIQUES

- La marche .

Dans l'observation D ... Jeanne, on note une sensation de dérobement des membres inférieurs, qui faisait trébucher la patiente, sans cependant provoquer de chute . L'examen était normal .

Dans l'observation A ... Nina, la malade rapportait des chutes fréquentes les derniers temps prouvées par l'existence d'ecchymoses des genoux . La marche est hésitante à l'entrée, elle se fait à petits pas, avec une légère tendance à tomber en avant. Ce n'est qu'au bout de quinze jours qu'on constate une amélioration .

Le 12 Octobre 1971 : douleur de la cuisse gauche avec difficulté à la marche . L'examen neurologique est normal, à part un réflexe rotulien et achilléen plus faible à droite .

A noter dans les deux observations l'absence de troubles cérébelleux l'absence de troubles de la sensibilité profonde .

Malgré la négativité de l'examen, nous pensons qu'il s'agit de manifestations d'une atteinte centrale .

Peut-être peut-on en rapprocher les troubles visuels observés chez Madame D ... Jeanne, qui a signalé " des lignes qui se superposaient dans la vision de loin, avec déformation des images qui disparaissent lorsque l'objet se rapprochait."

- Electro-encéphalogramme .

Si, dans le cas de Madame D ... Jeanne, l'E.E.G. ne montre pas d'anomalies significatives, dans l'observation A ... Nina, l'E.E.G. a été fortement troublé .

Le 15 Septembre 1971, on notait une activité de base asymétrique à droite avec nombreux rythmes rapides, alors que l'alpha est rare . A gauche, l'alpha est plus fourni, associé à des ondes thêta et quelques oscillations lentes delta . Et on concluait à un tracé anormal, montrant une dysrythmie lente hémisphérique gauche .

Le 29 Septembre 1971 : l'E.E.G. montre un tracé polyrythmé d'aspect irritatif, sans asymétrie .

Le 13 Octobre 1971 : la dysrythmie lente hémisphérique gauche constatée lors de l'E.E.G. du 15 Septembre 1971 a disparu .

Le 30 Décembre 1971 : tracé irrégulier, polyrythmé comportant quelques ondes lentes sans signe de localisation .

c.- SIGNES OCULAIRES

Ils n'ont existé que dans l'observation A ... Nina . Ils ont inauguré la maladie en Juin 1971 : épisclérite à laquelle a succédé une kératite, ponctuée superficielle, puis une ulcération de cornée avec iritis, pour laquelle on a évoqué une étiologie allergique .

Au cours de l'évolution, les signes oculaires réapparaissent au moment d'une poussée : larmoiement à gauche et baisse de l'acuité visuelle de l'oeil gauche, qui coïncide avec un prurit, des taches purpuriques et une augmentation du taux des éosinophiles .

Bien que la segmentite antérieure de Madame A ... Nina soit survenue plusieurs semaines avant que nous en portions le diagnostic chez cette malade, nous pensons qu'il faut la rattacher au syndrome . En effet, à l'examen des doigts, on notait chez cette malade, non seulement un liseré sous-unguéal typique, mais également les séquelles d'une poussée antérieure (probablement contemporaine de l'uvéïte) sous la forme de taches grisâtres du bord libre des ongles .

- Electrocardiogramme :

Si l'électrocardiogramme de Madame D ... Jeanne était normal, celui de Madame A ... Nina présentait des anomalies . En effet, dans celui du 13 Septembre 1971, on notait des signes de type ischémie lésion sous-endocardique et le 27 Septembre 1971, des signes d'ischémie lésion sous-épicaudique .

Certes, ils doivent être interprétés avec précaution en raison de l'âge de la malade (78 ans), mais ils prennent de la valeur, car ils ont été décrits dans la trichinose .

EVOLUTION

L'évolution a été favorable dans nos deux cas : en effet Madame D ... Jeanne a vu progressivement disparaître tous ses troubles. Nous l'avons revue en Septembre 1971. L'état général était très bon. La numération formule était entièrement normale, en particulier l'éosinophilie ne dépassait pas 3 % . A cette occasion, une nouvelle réaction immunologique parasitaire a été pratiquée : elle est revenue entièrement négative .

Dans le cas de Madame A... Nina, malgré l'absence de tout traitement, l'état général s'est progressivement amélioré . Nous l'avons revue le 30 décembre 1971 : elle se plaignait encore de discrets troubles de l'équilibre, mais l'examen neurologique était entièrement normal . De temps en temps apparaissent des papules prurigineuses qui durent quelques jours avant de disparaître complètement, principalement aux doigts et sur le visage . Un nouveau bilan a été pratiqué à cette occasion. Le taux d'éosinophilie est retombé à 5 % tandis que l'immunologie parasitaire montrait des anomalies persistantes .

— CHAPITRE TROISIÈME —

T R I C H I N O S E

(Description d'un syndrome très comparable dans la trichinose .)

Nous n'avons trouvé dans la littérature que trois observations suffisamment détaillées rapportant un syndrome comparable au cours de trichinoses confirmées .

Il paraît cependant si l'on en croit BRIGGS et BRUCK de San Francisco (1) que l'existence d'un liseré purpurique sous unguéal est fréquent dans cette affection parasitaire .

Nous rapportons dans ce chapitre les observations détaillées de la littérature américaine et nous schématiserons ensuite les éléments du syndrome tels qu'ils ont été décrits dans la trichinose .

OBSERVATION N° 1 DE TRICHINOSE (2)

Cette observation provient des "Annals of Internal Medicine", vol.57, N°2, août 1962 : Trichinosis with neurologic and cardiac involvement by GRAY, MORSE and PHILIPPS .

+

+

+

Un homme de 28 ans a été adressé au " North Carolina Baptist Hospital " en observation pour une encéphalite en évolution .

En bonne santé jusqu'au 1er Janvier 1961, il présente à ce moment des myalgies généralisées, une sensation de fièvre, des céphalées, de la photophobie, de la raideur de la nuque et une toux sèche non productive .

On note également une diplopie transitoire et des scotomes scintillants .

Le 17 Janvier au soir, il eut des frissons avec gros tremblements et le lendemain apparut désorienté et ressentit une douleur médio-dorsale avec paresthésies progressives et maladresse du membre inférieur gauche ,

Son médecin consulté constate une température de 38°3, un signe de ROMBERG et prescrivit un antibiotique .

Le 20, le sujet était incapable de marcher ou de se tenir assis sans une aide et à certains moments des secousses rythmiques agitaient son pied gauche .

Le jour suivant, il se plaignit de douleurs musculaires " comme si on lui arrachait la chair des os " , le membre supérieur gauche devint lourd et des mouvements involontaires se manifestaient au niveau des extrémités des membres supérieurs .

Il fut admis à l'hôpital le 22 Janvier .

A l'interrogatoire, le patient confirme l'absence d'anorexie, de nausées, de vomissements, de diarrhée, d'œdème péri-orbitaire, de symptômes articulaires, de perte de poids et enfin de contact avec des animaux .

Sa fille unique âgée de 4 ans avait eu au moment du début de la maladie paternelle une bronchite qui guérit en quatre jours, avec vomissements et diarrhée qui durèrent deux jours de plus .

Trois jours avant le commencement de la maladie, le patient avait mangé avec sa famille du git de porc saignant .

A l'examen, on se trouvait en présence d'un sujet de bonne apparence, sans désorientation, sans signe de détresse . Il était coopératif, mais légèrement somnolent et anormalement indifférent à sa maladie .

La T.A. était à 11-7 . La température orale à 37°5 et le pouls à 112.

Il existait par ailleurs un léger ptosis de la paupière gauche . Rien par ailleurs au point de vue oculaire .

On constatait une légère sensibilité de la région de l'épine dorsale vers D₁₂ et L₁.

Les téguments étaient nets mais il y avait de nombreuses raies hémorragiques sous tous les ongles de tous les doigts et de plusieurs orteils .

L'examen neurologique ne révélait aucune atteinte des nerfs crâniens ou de la sensibilité .

La force des muscles postérieurs de la jambe gauche ainsi que celle du mollet gauche était diminuée .

Il y avait une parésie des muscles de la loge antérieure de la jambe gauche avec impossibilité de flexion dorsale du pied . Pas d'atrophie mais état spastique de ces muscles .

La force musculaire du deltoïde gauche était légèrement diminuée et le patient était incapable de se tenir assis .

On constatait au niveau des extrémités des membres supérieurs des mouvements saccadés, involontaires, sans but, sporadiques . Ils étaient plus vifs à droite .

Les épreuves doigt sur le nez et talon sur tibia étaient mal exécutées, particulièrement pour le membre supérieur droit et le membre inférieur gauche .

Absence bilatérale des réflexes cutanés abdominaux et des réflexes crémastériens .

Les réflexes tendineux étaient exagérés au niveau des membres inférieurs et il existait un clonus du pied bilatéral mais plus soutenu à gauche .

Babinski des deux côtés .

Les autres réflexes étaient normaux .

Pas de signes sphinctériens ou méningés .

- EXAMENS DE LABORATOIRE :

. Le 22 Janvier 1961 :

- Urines normales
- Vitesse de sédimentation à 4 mm à la première heure .
- Hémoglobine 16,5 g/100 ml.
- Hématocrite 51 %
- Globules blancs 24.000 dont 59 % de neutrophiles et 21 % d'éosinophiles.

- Liquide céphalo-rachidien : pression de 12 cms, eau de roche avec 4 éléments/mm³, 27 mg/100 ml d'albumine, 70 mg/100 ml de sucre .
Sérologie négative à la centrifugation, pas de larves .

- Urée sanguine, glycémie, protidémie, rapport A/G, taux de calcium, de phosphore, phosphatases acides et alcalines, taux de prothrombine, tout était sensiblement normal .

- Pas d'agglutinines chaudes .

- Recherche de lupus érythémateux négatives à trois reprises .

- Les cultures de sang et de L.C.R. en milieu aérobie et anaérobie furent négatives .

- Examen de selles : ni oeuf, ni larves, ni parasites .

- ✦ Les tests cutanés étaient négatifs pour la tuberculose et l'histoplasmoses .

- Un test cutané pour la trichinose était négatif à la fois pour la réaction immédiate et la réaction retardée . Pas de larves de trichine sur les étalements de sang .

- Radios du crâne et du thorax normales .

- Des hémogrammes successifs donnèrent les résultats suivants :

. Le 23/1	= 25.000 globules blancs et 23 % d'éosinophilie
. Le 26/1	= 18.000 globules blancs et 19 % d'éosinophilie
. Le 3/2	= 15.000 " " " 20 % "
. Le 2/3	= 10.000 " " " 18 % "
. Le 31/3	= 9.000 " " " 8 % "
. Le 18/6	= 8.000 " " " 5 % "

- E V O L U T I O N :

L'association de signes neurologiques avec un liquide céphalo-rachidien normal, des douleurs musculaires, des stries hémorragiques, de l'éosinophilie, la vitesse de sédimentation basse, faisait penser à une trichinose ou à une périartérite avec localisation au niveau du S.N.C.

Cependant, une périartérite ne s'accompagne pas en général d'une V.S. basse ou normale et d'une absence d'albuminurie .

Le sérum fut adressé au laboratoire pour effectuer le test de floculation à la bentonite : le 26/1, le 2/2 et le 6/3, il se révèle positif au 1/20 et le 18/6 positif au 1/10.

En même temps, les tests d'agglutination au latex trichine furent fortement positifs 4+ le 26 et le 30 Janvier, modérément positif 2+ le 6 Mars enfin le 18 Juin faiblement positif .

Des examens pratiqués chez les membres de la famille du malade révèlent le 26 Janvier :

- Chez la fille : 15.000 globules blancs avec 16 % d'éosinophiles, une réaction de floculation négative .
- Chez l'épouse : 7.000 globules blancs avec 5 % d'éosinophiles, une réaction de floculation négative .

Etant donné la positivité des réactions sérologiques chez le patient, on procède à une biopsie musculaire qui montre des foyers de myosite et des lésions artériolaires compatibles avec le diagnostic de trichinose ou de périartérite . Cependant, on ne trouva pas de larves et on ne peut établir un diagnostic définitif .

Pour cette raison et aussi parce que les symptômes n'avaient pas augmenté depuis l'admission à l'hôpital, on n'utilise pas de corticoïdes .

Au 6ème jour de l'hospitalisation, une amélioration spectaculaire apparut évidente à tous les observateurs . La conscience s'améliora et le patient s'inquiéta de la perte de ses forces et de l'avenir de sa maladie . On commença la physiothérapie avec des exercices passifs et actifs du pied gauche.

Au 8ème jour, le malade fut capable de marcher avec un aide et se montrait alerte et gai .

Etant donné son amélioration progressive, il sortit le 12ème jour pour recevoir une physiothérapie surveillée . Les tests cutanés de la trichinose demeuraient négatifs .

Une semaine plus tard, les signes physiques demeuraient inchangés, sauf les stries hémorragiques et le Babinski droit qui avaient disparu . Le

test cutané à la trichinose devint positif dans la réaction immédiate avec une induration de 7 à 8 mms.

Deux mois après, le malade pouvait marcher avec une canne sans aucune aide et avait repris son emploi . Les réflexes rotuliens demeurèrent exagérés, le clonus du pied gauche et le Babinski gauche persistaient .

Cinq mois après l'hospitalisation, le patient abandonnait sa canne, les troubles neurologiques restaient identiques .

A u t o t a l ,

on trouve dans cette observation :

- un liseré purpurique sous unguéal typique (dont la photographie correspond en tout point aux anomalies présentées par nos malades).
- une éosinophilie importante,
- des signes neurologiques d'atteinte encéphalique .

La trichinose n'est pas prouvée, mais fort probable (réactions sérologiques).

L'évolution est spontanément favorable .

OBSERVATION N° 2 DE TRICHINOSE (2)

Cette observation provient des "Annals of Internal Medicine" ,
vol.57, N°2, août 1962 : " Trichinosis with neurologic and cardiac involment "
by GRAY, MORSE and PHILLIPS .

+
+ +

Admission le 10 Octobre 1960 au "North Carolina Baptist Hospital"
d'un homme de 42 ans, avec le diagnostic d'encéphalite .

Bien portant jusqu'au 15 Septembre, il ressentit alors des ma -
laises et des douleurs abdominales qui s'accrurent progressivement et furent
traitées par une thérapeutique symptomatique .

Survinrent ensuite des épisodes de raideur, d'endolorissement et
de gêne des muscles du cou, puis des douleurs lombaires, des frissons et une
intense fatigue, et le 25 Septembre, il eut une courte période de vision trou-
ble et de scotomes scintillants .

Les douleurs nocturnes dans les membres inférieurs le réveillèrent
à deux reprises .

La fatigue augmentait et le sujet devenait fiévreux .

Le 20 Octobre, sa température était de 38°5 et on lui prescrivit
un antibiotique . Ses jambes étaient faibles et dans la marche trainait le
pied gauche .

Le 4 Octobre, sa famille remarqua une modification du caractère
du malade avec somnolence, émotivité, insomnie, inquiétude .

Admis à l'hôpital, le patient interrogé déclare n'avoir ni ano-
rexie, ni nausées, ni vomissements, ni diarrhée, pas de perte de poids et reconnu
reconnut avoir mangé du porc à plusieurs reprises, au cours d'un voyage
d'affaires, environ un mois auparavant .

Obèse avec un état général assez bon, il était coopératif, mais
inquiet .

T.A. 10/6 - 6,5 . Température orale 37°7 . Pouls : 100.

Rien à l'examen de la tête et du cou, à part un nystagmus dans le regard latéral gauche .

L'apophyse épineuse de L5 était sensible .

Peau normale mais nombreuses pétéchies sous tous les ongles des doigts .

Pas d'atteinte des nerfs crâniens ou de la sensibilité .

Faiblesse musculaire des membres inférieurs avec pied gauche tombant . Légère faiblesse du bras gauche .

Signe de ROMBERG positif .

Dysmétrie dans l'épreuve doigt gauche - nez .

Les réflexes tendineux des membres inférieurs étaient un peu exagérés .

Il y avait un Babinski à gauche .

EXAMENS DE LABORATOIRE :

- Urines normales .
- Vitesse de sédimentation = 8 mm à la première heure .
- Hémoglobine 13 g/100 ml.
- Hématocrite 40 % .
- Globules blancs : 10.000 avec 31 % d'éosinophiles et 40 % de polynucléaires .
- Réactions sérologiques négatives .
- Urée sanguine, glycémie, protidémie, agglutinines chaudes et froides étaient normales .
- Liquide céphalo-rachidien : pression de 16, liquide eau de roche, pas d'éléments, protéines 19 mg/100 ml., réaction sérologique négative .

E V O L U T I O N

Pas de fièvre pendant toute la durée de l'hospitalisation .
Le sujet reçut de la Chlorogmine pour son anthrax .

Un électrocardiogramme le 2ème jour montra des signes d'infarctus postérieur alors qu'un tracé avait été normal six mois auparavant .

Une biopsie musculaire montra des lésions de myosite aiguë et des larves encapsulées de *Trichine spiralis* .

On n'eut point recours à l'ACTH en raison d'une amélioration progressive .

Le malade quitta l'hôpital le 8ème jour .

Deux semaines après sa sortie, le sujet ressentit une douleur rétrosternale intense, sans irradiation et sans rapport avec un repas ou un effort .

A l'E.C.G. : rythme bigéminé, nombreuses extra-systoles ventriculaires, persistance des signes d'un infarctus postérieur ancien .

Cinq mois après, état général toujours bon, pas de douleurs rétrosternales, électrocardiogramme normal . A la numération formule sanguine, 10.200 globules blancs avec 59 % de polymorphonucléaires et 6 % d'éosino. Hémoglobine 15 g/100 ml.

Electro-encéphalogramme dans les limites de la normale .

Force musculaire normale . Réflexes normaux .

A u t o t a l :

On trouve dans cette observation :

- un liseré purpurique sous unguéal typique,
- une forte éosinophilie,
- des troubles neurologiques d'origine centrale .

Le diagnostic de trichinose est porté avec certitude sur les données de l'examen histologique .

L'évolution spontanée est favorable .

On peut discuter du rôle de la trichinose dans les anomalies découvertes à l'électrocardiogramme .

OBSERVATION N° 3 DE TRICHINOSE (3)

Cette observation provient du "JAMA" , vol. 164, 1957, p.1566 .

" Trichinosis involving the central nervous system " .

+

+ +

Un homme âgé de 43 ans est admis à l'Hôpital Général de Philadelphie le 23 Avril 1956, dans un état de somnolence et confusion profonde. On ne put obtenir à ce moment de renseignements précis . Cependant, on sait qu'il avait consulté 10 jours auparavant son médecin pour céphalées, faiblesse, malaises et fièvre . On avait pensé à une sinusite frontale et on l'avait traité par des injections quotidiennes de Pénicilline et par un traitement de Pénicilline et sulfamides par la bouche . Avec ce traitement, aucune amélioration et la température oscillait entre 38°3 et 39°4, le sujet se plaignait d'une asthénie intense .

Deux jours avant l'admission, il devint semi-stuporeux et il fut noté qu'il était incapable d'utiliser son bras gauche .

A 1' E X A M E N :

On découvre un sujet d'apparence normale . On constatait un état confus avec incontinence et aphasie .

La tension artérielle était à 11-7, le pouls à 104, et la respiration à 24/mn. La température à 39°3 .

Il y avait des stries hémorragiques d'apparition récente sous tous les doigts des mains, mais pas de pétéchies ni d'ecchymoses sur le reste du corps (peau et muqueuse).

Pas de sensibilité à la pression des masséters et des sinus frontaux .

Pas d'œdème périorbitaire .

Le pharynx était congestif mais sans exsudats ni fausses membranes.

Les oreilles étaient normales .

Pas de rigidité de la nuque .

L'examen clinique du coeur était négatif .

L'auscultation pulmonaire révélait de nombreux râles humides au niveau des parties moyennes et des bases .

Pas d'œdème périphérique .

L'examen neurologique découvrait une nette chute de la main gauche, il ne pouvait pas écarter ou rapprocher les doigts de la main gauche, ou mettre en opposition le pouce gauche avec les autres doigts .

Les muscles fléchisseurs des deux mains et ceux du pied gauche avaient une force nettement supérieure à celle des muscles extenseurs. Cette force musculaire paraissait être réduite à 30 % de la normale .

Sensibilité à la piqure et au toucher normale .

Le fond d'oeil était normal, pas d'œdème de la paille .

Nerfs crâniens intacts .

Les tests cérébelleux étaient pauvrement exécutés en raison de la faiblesse musculaire .

Les réflexes achilléens étaient présents des deux côtés mais plus forts à gauche .

Babinski bilatéral .

Réflexes abdominaux absents .

Il n'y avait pas de signe méningé .

Le diagnostic d'admission fut : polyomyélite .

EXAMENS DE LABORATOIRE :

- Ponction lombaire : . 110 mm d'eau

. le liquide était eau de roche,
pas de cellules, ni bactéries,

. taux de sucre : 0,75

. protéine : 0,19.

- B.W. négatif . Rien à la culture .

- Réaction à l'or colloïdal = 000 000 000 .

- A la radio : infiltration pulmonaire bilatérale .

- Radios du crâne normales .
- Hémoglobine 14,7 % .
- Globules blancs , 15.500/mm³ dont 50 % d'éosinophiles, 38 % de neutrophiles, 10 % de lymphocytes, 2 % de monocytes .
- Glycémie : 83 cg .
- Urée : 0,80.
- Urines normales .
- Pas d'oeufs ni parasites dans les selles .

Ultérieurement, des renseignements plus précis furent apportés par l'entourage . Pas d'antécédents médicaux .

En Avril 1956, le patient avait acheté du porc cru, l'avait mis à sécher et l'avait mangé à la sauce italienne .

Du 7 au 14 Avril, le patient s'était plaint de malaise et de fatigue, il avait ressenti des douleurs dans les deux cuisses et l'épaule gauche et avait eu une diarrhée intermittente .

Durant cette période, il se plaignait de céphalées frontales et de douleurs de la nuque . Cependant, il était toujours apyrétique et pouvait continuer à travailler .

Le 14 Avril, la température s'éleva à 38°9, un oedème périorbitaire apparut tandis que la céphalée frontale et l'asthénie augmentaient .

C'est à ce moment que le traitement par les antibiotiques fut instauré . Mais il développa les signes neurologiques déjà notés .

Il fut admis à l'hôpital 22 jours après l'ingestion de porc .

Le diagnostic de trichinose avec lésions cérébrales fut fait 12 jours après son admission .

Le fait d'avoir ingéré du porc cru, des signes caractéristiques de la trichinose : existence de stries hémorragiques, d'infiltrats pulmonaires, la faiblesse des muscles fléchisseurs du membre supérieur gauche avec la paralysie de la main gauche, le signe de Babinski bilatéral, l'incontinence et l'aphasie avec un L.C.R. normal et l'importance de l'éosinophilie, rendent le diagnostic vraisemblable .

Le 27 Avril, une biopsie du deltoïde gauche montre plusieurs foyers d'infiltration avec des polynucléaires et une prolifération de cellules mésenchymateuses rassemblant à la réaction produite par la trichine . Aucun parasite n'était observé . Un test cutané négatif le 24 Avril devint positif le 14 Mai en 20 mn.

T R A I T E M E N T :

- . 300 mg de cortisone par jour .
- . 80 de corticotrope I.M. par jour pendant 3 jours .

puis :

- . 200 mg de cortisone et
- . 60 de corticotrope pendant les trois jours suivants,

enfin :

- . de la prednisone qui fut progressivement diminuée jusqu'à un arrêt total .

Il y eut une spectaculaire amélioration sous l'influence du traitement, tant au point de vue physique que psychique . Il resta cependant incontinent pendant sept jours . Au 8ème jour, le psychisme redevint normal au point de vue attitude, personnalité et mémoire .

Ce n'est que cinq jours après le début du traitement que la force musculaire apparut améliorée, pour devenir normale au 13ème jour .

Les réflexes réapparurent ainsi que les réflexes abdominaux .

Cliniquement et radiologiquement, les poumons ne présentaient rien d'anormal .

L'éosinophilie baissa de 50 % à 6 % sous l'influence des stéroïdes, mais une semaine après l'arrêt du traitement, elle s'éleva à nouveau à 47 % . Elle décrut progressivement au cours des mois suivants, jusqu'à un taux de 23 % .

L'hospitalisation dura 16 jours au total .

A la sortie, l'examen neurologique était négatif .

Revu toutes les semaines à cinq reprises, le sujet apparaissait absolument normal. Seule, son hyperéosinophilie persistait .

A U T O T A L :

Dans cette observation, on note encore l'existence :

- . de stries purpuriques sous-unguéales,
- . d'une forte éosinophilie,

- . de troubles neurologiques,
- . d'anomalies à la radio pulmonaire .

L'évolution sous corticoïdes est rapidement favorable .

Le diagnostic de trichinose n'est pas certain. mais est fortement probable (virage des tests cutanés).

ETUDE DU SYNDROME
DANS
LA TRICHINOSE

1.- LES TACHES PURPURIQUES

Elles sont survenues au cours de la troisième semaine dans un cas et le 3ème cas, au cours de la quatrième semaine dans le 2ème cas .

Elles restent localisées aux doigts et à plusieurs orteils dans le premier cas, uniquement aux mains dans le cas 2 et le cas 3 .

Nous avons assez peu de renseignements sur les taches purpuriques dans ces trois cas, sinon qu'elles avaient un aspect strié dans le 2ème cas . D'après la reproduction, on peut se rendre compte que les stries occupent le milieu même du lit de l'ongle, qu'elles sont de taille variable et peu nombreuses .

Dans aucun cas, les stries hémorragiques ne furent accompagnées ou précédées d'œdème ou de prurit des doigts . On ne retrouve dans le premier cas qu'un œdème péri-orbitaire, lequel avait déjà disparu dans le cas N°3 au moment de l'hospitalisation .

Il n'y a jamais eu ni petechies ni ecchymoses sur les téguments .

Elles ont disparu une semaine après la sortie de l'hôpital, soit environ 1 mois $\frac{1}{2}$ après le début de la maladie dans le cas N°1.

Dans le cas N°3, les stries avaient disparu à la sortie, soit un mois et une semaine après le début de la maladie .

2.- L'EOSINOPHILIE

L'éosinophilie est très importante puisqu'elle atteint 50 % dans le cas N°3 et dépasse les 20 % dans les deux autres cas .

Elle s'accompagne d'une hyperleucocytose importante, qui atteint 25.000 globules blancs dans le cas N°1.

DATE	G.B.	EOSINO.
22/1	24.000	21 %
23/1	25.000	23 %
26/1	18.000	19 %
3/2	15.000	20 %
2/3	10.000	18 %
31/3	9.000	8 %
18/6	8.000	5 %

CAS N° 1

DATE	G.B.	EOSINO .
20/10	10.000	31 %
/3	10.200	5 %

CAS N° 2

DATE	G.B.	EOSINO .
23/4	15.500	50 %
24/4	14.250	46 %
26/4	12.800	38 %
30/4	11.500	26 %
2/5	10.200	16 %
7/5	8.400	6 %
14/5	11.000	47 %
21/5	8.600	44 %
28/5	7.300	30 %
4/6	5.500	25 %
18/6	6.000	23 %
16/7	6.600	23 %

CAS N° 3

Cependant, il n'y a pas de parallélisme net. En effet, l'hyperleucocytose est plus basse (15.500 globules blancs) dans le cas N°3 alors que l'éosinophilie est de 50 % alors qu'elle atteint les 25.000 globules blancs dans le cas N°1 où l'éosinophilie ne dépasse pas les 23 %

La baisse de l'éosinophilie est lente : cinq mois dans le cas N°1 et 2 . Et si elle est plus rapidement abaissée avec un traitement (cas N°3), elle s'élève de nouveau dès l'arrêt du traitement et ne décroît que très progressivement .

3.- IMMUNOLOGIE

Les tests effectués furent des tests cutanés :

- les tests de floculation à la bentonite,
- les tests d'agglutination au latex-trichine Reagent .

DATE	TESTS CUTANES	FLOCULATION	AGGLUTINATION
22/1	-		
25/1	-	+ (1/20)	4 +
2/2	-	+ (1/20)	4 +
10/2	+	+ (1/20)	2 +
6/3		+ (1/20)	2 +
18/6		+ (1/10)	1 +

CAS N° 1

DATE	TESTS CUTANES	FLOCULATION	AGGLUTINATION
24/3	-		
14/5	+		

CAS N° 3

Les tests cutanés dans les deux cas étudiés ne furent positifs que tardivement . En effet, ils ne devinrent positifs qu'après la sortie de l'hôpital . Par contre, les tests de floculation et d'agglutination sont positifs précocément (cas N°1) . Les deux tests ont une évolution sensiblement parallèle et aussi une grande sensibilité .

S I G N E S A S S O C I E S

a.- SIGNES MUSCULAIRES ET NEUROLOGIQUES

. Cas N°1.-

Myalgies généralisées, douleurs musculaires, comme si on lui "arrachait la chair des os", le membre supérieur devient lourd et des mouvements involontaires au niveau des extrémités des membres supérieurs, force musculaire du deltoïde gauche légèrement diminuée .

. Cas N°2.-

Endolorissement et gêne des muscles du cou, douleurs nocturnes des membres inférieurs qui le réveillent à deux reprises, légère faiblesse du bras gauche .

. Cas N°3.-

Douleurs dans les deux cuisses et dans l'épaule gauche, douleur dans la nuque, chute de la main gauche avec impossibilité d'écartier ou rapprocher les doigts de la main gauche ou de mettre en opposition le pouce gauche avec les autres doigts, faiblesse des extenseurs .

On note donc la coexistence :

- . de signes musculaires : myalgies, douleurs, parfois signes inflammatoires bien classiques dans la trichinose .
- . de signes neurologiques exprimant une atteinte encéphalique diffuse : troubles de la conscience, signes pyramidaux, troubles de l'équilibre .

b.- TROUBLES DE LA MARCHÉ

. Cas N°1 :

Le 17/1 : maladresse du membre inférieur gauche .

Le 20/1 : incapable de marcher ou de se tenir assis . La force musculaire des muscles postérieurs de la jambe gauche, ainsi que celle du mollet gauche était diminuée avec parésie de la loge antérieure de la jambe gauche et impossibilité de flexion dorsale du pied .

Epreuve talon - tibia mal exécutée à gauche .

Réflexes tendineux exagérés aux membres inférieurs et clonus .

Au 8ème jour : la malade fut capable de marcher avec une aide .
Sortie le 12ème jour .

Deux mois après pouvait marcher avec une canne, sans aucune aide .

Cinq mois après abandonnait sa canne .

. Cas N°2 :

Le 20 Octobre, ses jambes étaient faibles et dans la marche traînait le pied gauche, faiblesse musculaire des membres inférieurs avec pied gauche tombant .

Réflexes ostéo-tendineux un peu exagérés .

Babinski à gauche .

Cinq mois après, tout était normal .

c.- SIGNES OCULAIRES

Dans le premier cas de trichine : il existe une photophobie avec diplopie transitoire et scotomes scintillants .

Dans le deuxième cas, la vision est trouble et il existe des scotomes scintillants .

Dans les deux cas, les examens ophtalmologiques sont normaux .

d.- SIGNES CARDIAQUES

On retrouve des anomalies de l'électrocardiogramme du type infarctus du myocarde dans l'observation N°2 .

En effet, six mois avant l'hospitalisation, l'électrocardiogramme était normal .

Deux jours après l'admission, soit le 12 Octobre, l'E.C.G. montre des signes d'infarctus postérieur .

Deux semaines après sa sortie, le sujet ressent une douleur rétro-sternale intense, sans irradiation et sans rapport avec un repas ou un effort .

E.C.G. : rythme bigéminé, nombreuses extra-systoles ventriculaires et persistance des signes d'un infarctus postérieur .

Mais cinq mois après, sans nouvelle douleur rétro-sternale, l'électrocardiogramme est redevenu normal .

— CHAPITRE QUATRIÈME . —

D I S T O M A T O S E

(Manifestations neurologiques et cardiaques au cours d'une distomatose . A propos d'une observation . J.P. COULAUD, G. SAIMOT, A. DRINFELD, B. GARABOL et M. PAYET, Ann. Méd. Int. Août-Sept. 1970, 121, N°8-9, pp.729-736).

Dans ce chapitre, nous rapportons une observation de distomatose qui comporte des éléments symptomatiques assez proches de ceux que nous avons décrits . A vrai dire cependant, on n'a jamais rapporté dans la distomatose de liseré purpurique aussi régulier que celui que nous avons noté chez nos malades.

OBSERVATION DE DISTOMATOSE

Madame P ..., 38 ans, sans antécédents notables, est admise dans le service le 16 Septembre 1969.

Depuis une semaine, elle présente les symptômes suivants :

- céphalée en casque, surtout nocturne,
- fièvre continue à 38° - 38°5 ,
- asthénie importante avec sensation de lourdeur et maladresse du bras droit,
- enfin, troubles visuels très gênants : déformation des objets et superposition dans le champ externe d'images géométriques.

L'apparition de vomissements et d'une raideur douloureuse de la nuque a entraîné l'hospitalisation .

On est alors en présence d'une femme robuste, mais fébrile (38°), asthénique, très céphalalgique .

L'examen neurologique note :

- absence de syndrome méningé : les nausées persistent, mais la nuque est redevenue souple et il n'y a ni signe de Koning, ni signe de Brudzinski .

- diminution discrète de la force musculaire au membre supérieur droit, surtout à la racine, et une chute discrète du pied et de la jambe gauche aux épreuves de sensibilisation .

- réflexes ostéo-tendineux vifs et symétriques aux membres supérieurs, mais aux membres inférieurs, on note une nette asymétrie car le rotulien et l'achilléen droits sont très vifs et polycinétiques, alors que les mêmes réflexes sont difficilement obtenus à gauche .

- réflexe cutané plantaire en flexion à gauche, il est indifférent à droite,

- il existe également des troubles du tonus : hypertonie marquée au membre supérieur droit, plastique avec signe de la roue dentée .

- à la marche, on remarque une déviation nette vers la droite et une discrète rétropulsion .

- il n'y a aucun trouble sensitif, pas de signe d'atteinte des paires crâniennes, pas d'astéréognosie, l'orientation temporo-spatiale est correcte .

Le reste de l'examen clinique n'apporte aucun autre élément :

- pas de signes cutanéomuqueux,
- pas d'hépatosplénomégalie,
- pas d'adénopathie,
- le coeur est régulier et paraît normal à l'auscultation, la T.A. est à 13-8, le pouls à 90.

Les premiers examens biologiques apportent deux éléments :

- une éosinophilie sanguine à 21 %, puis à 23 % pour 8.000 leucocytes,
- une élévation de la V.S. à 85-106.

Pour le reste :

- la glycémie est à 1 g 20 par litre,
- ionogramme sanguin et urinaire normaux,
- il n'y a ni sels ni pigments biliaires dans les urines,
- le complet hépatique est normal :

- . bilirubine totale 8 mg
- . cholestérol total 2,20 g

les tests de floculation ne sont pas perturbés :

- . protides 79 g/l.
- . phosphatases alcalines 1,9 U.B.,
- . transaminases SCPT 20 U, SGOT 20 U,
- . le taux de prothrombine est abaissé à 53 % .

- L'électrophorèse des protéides donne des résultats pratiquement normaux :

- . albumine 59 %
- . alpha 1 5 %
- . alpha 2 et Bêta 13 %
- . gamma 18 %

- Culot urinaire et hémocultures sont stériles .
- Les radios du crâne et de la colonne cervicale sont normales .

- Le fond d'oeil également normal .
- Electro-encéphalogramme : électro-génèse cérébrale microvoltée et instable, mais sans anomalie en foyer .

A u t o t a l :

Nous sommes en présence de signes neurologiques polymorphes pyramidaux et extrapyramidaux, de troubles visuels subjectifs très élaborés, d'apparition récente, en climat fébrile, associés à une éosinophilie nette .

Les hypothèses diagnostiques sont alors :

- Une malformation vasculaire de la fosse postérieure ou une néoformation temporale (en raison des troubles visuels);
- Une poussée inaugurale de sclérose multiloculaire ;
- Ou un processus angéitique : angéite allergoïde ou péri-artérite noueuse .

Mais aucune de ces hypothèses n'est satisfaisante .

D'autre part, les céphalées s'accroissent, le déficit moteur du membre supérieur droit devient plus net et c'est dans ces conditions qu'au 5ème jour d'hospitalisation, on est amené à demander une exploration neuro-chirurgicale .

L'enquête pratiquée dans le service du Docteur MAZARS devait être aussi complète que vaine .

Electro-encéphalogramme, encéphalographie gazeuse : normales .

Seule, l'artériographie a été refusée en raison de la possibilité d'un processus "allergique" vasculaire .

Madame P ... revient donc dans le service le 6 Octobre 1969 où l'on note :

- Une amélioration nette des signes neurologiques : céphalées et troubles visuels ont disparu, la force musculaire est à peine diminuée au membre supérieur droit, qui reste raide, avec persistance d'une roue dentée .
- Les réflexes ostéo-tendineux sont toujours vifs mais symétriques, non diffusés, non polycinétiques .
- L'apparition de nouveaux symptômes :
 - . des douleurs articulaires dans les petites articulations des doigts et des mains. Les doigts apparaissent boudinés et succulents au niveau des premières phalanges .

- . des myalgies diffuses touchant spécialement les muscles de la ceinture humérale et du cou
- . des signes cutanés : rash urticarien avec prurit intense et oedème des mains, on note de plus l'existence d'un dermographisme net .
- . enfin signes électrocardiographiques très anormaux :
sous décalage de ST en D₂-D₃ - V_F et de V₃ à V₇ avec onde T inférieure à 0 (1) .

L'examen clinique du coeur et des vaisseaux est toujours normal.

Par ailleurs, la fièvre persiste (à 38° le soir), ainsi que l'élévation importante de la vitesse de sédimentation .

L'enquête est menée dans deux directions à la recherche :

1.- Une collagénose :

- . 6 recherches de cellules L.E. sont négatives, il n'y a ni anticorps antinucléaires, ni anticorps anti-DNA .
- . Waaler-Rose négatif .
- . B.W. négatif .
- . Pas d'anticorps anti-muscles ou anti-thyroïdiens .
- . Activité enzymatique musculaire normale .
- . Electromyogramme normal .
- . Biopsie musculaire normale .
- . Immuno-électrophorèse normale .

2.- Une distomatose : car la malade a absorbé du cresson sauvage au début .

- Son éosinophilie est toujours élevée (28 %) avec forte éosinophilie médullaire (dans une moelle par ailleurs normale).

- De nombreuses recherches d'oeufs dans les selles et dans le liquide de tubage duodénal demeurent négatives .

- Le 3 Novembre 1969 nous parvient le résultat d'une étude séro-immunologique (Professeur GENTILINI). Elle affirme la distomatose :

- . 2 arcs dont l'arc 2 à l'immuno-électrophorèse,
- . réaction de déviation du complément positive au 1/16.
- . en immunofluorescence positive au 320e.

A cette date, les troubles neurologiques se sont accentués :

- réapparition des troubles visuels et accentuation du déficit du membre supérieur droit avec signe d'HOFFMAN très net .
- la fièvre persiste, de même les paresthésies des deux mains, les myalgies, l'aspect anormal des premières phalanges maintenant enrichi d'une tache purpurique sous l'ongle de l'index droit .

Les perturbations de l'E.C.G. persistent .

Mais, de plus, une toux d'effort avec sensation de gêne rétrosternale est apparue depuis quelques jours .

La T.A. est à 9-6, le pouls à 100 et l'on entend au bord gauche du sternum et à la pointe un bruit de galop présystolique avec assourdissement des bruits du coeur .

Il n'y a pas d'hépatomégalie douloureuse, ni de reflux hépatojugulaire, mais la pression veineuse périphérique est à 18 cms d'eau .

Les radiographies montrent une image cardiaque dont la taille est superposable à celles de Septembre .

Dès le 5 Novembre, on entreprend un traitement par le Cortancyl à la dose de 60 mg par jour, avec régime sans sel strict . Ce traitement sera poursuivi 15 jours, du 5 au 20 Novembre 1969.

Pendant cette période, on note :

- Sur le plan cardiaque, une amélioration clinique et électrique mais les signes neurologiques persistent .
- Par contre, la température disparaît, la V.S. revient à la normale et l'éosinophilie n'est plus qu'à 1 % après le début du traitement.
- Une nouvelle étude séro-immunologique confirme les premiers résultats .

Une cure de déhydroémétine débute le 21 Novembre 1969 (6 g. par jour pendant 10 jours). Très bien supportée . Les signes neurologiques ne sont pas modifiés, mais les E.C.G. continuent de s'améliorer.

La corticothérapie est progressivement abaissée jusqu'à 20 mg de Cortancyl par jour .

Elle quitte le service pour les fêtes de Noël .

Elle est revue le 2 Janvier 1970 . A cette date :

- le tracé électrique est pratiquement normal,
- parmi les signes neurologiques, seuls persistent les troubles visuels .
- mais l'éosinophilie réapparaît : 8 % puis 22 % et V.S. à 55-80.

La malade est rehospitalisée le 26 Janvier 1970 .

Une nouvelle étude immunologique (28 Janvier 1970) montre :

- 6 arcs dont 1'arc 2 spécifique en immuno-électrophorèse,
- une réaction de déviation du complément positive au 1/16°
- une positivité au 2.560e en immunofluorescence .

On découvre dans les selles des oeufs de petite douve ' (Dicrocoelium dendriticum) mais les recherches faites les jours suivants sont négatives .

On reprend la corticothérapie à des doses plus élevées et une seconde cure d'Emétine . Cette cure est bien supportée . Elle s'accompagne d'une flèche d'éosinophilie à 20 % au 3ème jour du traitement avec descente progressive (9 %) au 10ème jour. Le relais est pris par l'Entobex .

Un nouveau bilan est fait :

- Biopsie musculaire normale .
- Electromyogramme normal.
- Examen ophtalmologique normal .
- Epreuves fonctionnelles rénales et hépatiques normales .
- Recherche de cellules L.E. négative .
- Electrophorèse et immuno-électrophorèse identiques aux précédentes .

La malade quitte le service le 25 Février 1970 avec 5 mg de Cortancyl par jour .

Elle sera revue à deux reprises le 24 Mars et le 23 Avril 1970.

Lors de ces deux consultations, on constate :

- La persistance de signes électriques, sans aucun signe fonctionnel cardiaque et l'examen clinique est normal .
- La régression des signes neurologiques .
- La persistance enfin des douleurs dans les articulations des doigts et de la modification d'aspect des phalanges .

Le 24 Mars, le bilan immunologique montre :

- 4 arcs dont 1'arc 2 en immuno-électrophorèse,
- réaction de déviation du complément positive à 1/8e,
- positivité à 1.280 en immunofluorescence .

Le traitement était arrêté .

Un mois plus tard, le 23 Avril, l'état clinique était le même, l'éosinophilie à 1 %, la V.S. à 20-64.

Un contrôle séro-immunologique donnait les résultats suivants :

- 3 arcs mais peu marqués ,
 - réaction de déviation du complément à peine positive ,
 - titre à 320 en immunofluorescence .
-

ETUDE DU SYNDROME

Nous retrouvons le syndrome associant purpura sous-unguéal, éosinophilie et anomalies immunologiques mais avec une modification majeure sur les taches purpuriques .

1.- TACHES PURPURIQUES

Elles apparaissent tardivement entre la 5ème et la 6ème semaine, mais surtout, on ne constate qu'une seule tache sous l'index droit, les autres doigts sont nets .

Elles ont été précédées d'un aspect boudiné et succulent au niveau des premières phalanges, de signes cutanés, rash urticarien avec prurit intense et oedème des mains, des bras, de la face et des jambes . On note de plus l'existence d'un dermographisme net .

Nous n'avons pas d'indication sur l'évolution .

+

+

+

2.- EOSINOPHILIE

DATE	GLOBULES BLANCS	EOSINOPHILIE
16/9	8.000	21 %
17/9		23 %
6/10		28 %

T R A I T E M E N T

5/11	1 %
------	-----

ARRET DU TRAITEMENT

2/1	8 %
16/1	22 %
4/2	7 %
7/2	20 %
17/2	9 %
23/4	1 %

La chute de l'éosinophilie a été brutale sous l'effet des corticoïdes mais tout aussi transitoire, puisqu'elle réapparaît presque aussitôt .

On enregistre une flèche d'éosinophilie à 20 % au début de la seconde cure d'Emétine, probablement à la suite d'une action directe sur le parasite .

L'évolution a été longue : 6 mois et demi ont été nécessaires pour retomber à ces taux normaux . (23 Avril)

3.- IMMUNOLOGIE

DATE	D.D.G.	I.E.	D.C.	I.F.
17/10	2 arcs	arc 2	1/16	320
25/11	3 arcs	arc 2	1/16	640
8/12	4 arcs	arc 2	1/8	320
28/1	6 arcs	arc 2	1/16	2.560
24/3	4 arcs	arc 2	1/8	1.280
23/4	3 arcs	-	+	320

- Il s'agit d'une affection récente comme le prouvent les études sérologiques .
- L'affection est due à la grande douve, comme le prouve la présence de l'arc 2 qui serait strictement spécifique de *Fasciola hepatica* .
- La responsabilité de *Dicrocoelium dentriticum* devant être éliminée sur :
 - . son caractère exceptionnel,
 - . le fait qu'il n'a été retrouvé qu'une seule fois,
 - . et qu'en général la positivité de la déviation du complément et de l'immunofluorescence est moindre que celle constatée dans cette observation .

SIGNES ASSOCIES :

a.- SIGNES NEUROLOGIQUES ET MUSCULAIRES

- Le 16/9/1969 : sensation de lourdeur et maladresse du bras droit, tandis que l'on constate une diminution discrète de la force musculaire au membre supérieur droit, surtout à la racine et une chute discrète du pied et de la jambe gauche aux épreuves de sensibilisation, avec hypertonie marquée au membre supérieur droit, plastique avec signe de la roue dentée .

- A partir du 6/10/1969 : myalgies diffuses touchant tous les muscles de la ceinture humérale et le cou, alors que l'électromyogramme et la biopsie musculaire sont normaux .

- Le 3 Octobre 1969 : accentuation du déficit du membre supérieur droit avec signe d'Hoffman très net malgré le début du traitement par les corticoïdes . Les myalgies persistent .

- A l'occasion d'une nouvelle hospitalisation, une nouvelle biopsie musculaire est normale, un électromyogramme (Docteur CALVET) est aussi pratiquement normal .

b.- MARCHE

- Déviation nette vers la droite et discrète rétropulsion .
- Discrète chute du pied et de la jambe gauche aux épreuves de sensibilisation .
- R.O.T. vifs et symétriques, polycinétiques à droite, absents à gauche .
- Le cutané plantaire est en flexion à gauche, indifférent à droite .

c.- SIGNES OCULAIRES

On note parmi les signes inauguraux des signes visuels très gênants : déformation des objets et surimpression dans les champs externes d'images géométriques sautillantes .

Quinze jours plus tard, les signes visuels ont disparu. Mais un mois après, au moment d'une poussée marquée par l'accentuation de troubles neurologiques et au moment où apparaît le purpura sous-unguéal, les signes visuels réapparaissent .

Ces signes persistent d'ailleurs longtemps puisque, même après le traitement cortisonique, on retrouve ces signes le 24/3/1971, ils ont fortement regressé mais n'ont pas disparu . Au cours de toute l'évolution, l'examen ophtalmologique a été normal .

d.- SIGNES CARDIAQUES

Sans aucun signe clinique au début, on constate à l'E.C.G. un tracé anormal avec sous décalage de ST en $D_2 - D_3 - V_F$ et V_3 à V_7 avec T inversé .

Puis apparition d'une toux d'effort avec gêne rétrosternale, bruit de galop présystolique avec assourdissement des bruits .

Pression veineuse périphérique à 18 cms d'eau .

Après traitement cortisonique :

. retour à la normale des signes cliniques et de la pression veineuse . Les tracés s'améliorent progressivement .

Sous traitement émetinien :

. les tracés s'améliorent encore (T à nouveau positif) si bien que le 23/12, E.C.G. pratiquement normal .

CHAPITRE CINQUIÈME

ETIOLOGIE DU SYNDROME OBSERVÉ

Dans nos deux cas personnels :

1.- NOUS POUVONS ELIMINER LE DIAGNOSTIC DE TRICHINOSE .

En effet, nous n'avons jamais mis en évidence aux différentes biopsies musculaires pratiquées de nodules contenant des parasites (5) .

Les réactions sérologiques ont toujours été négatives . Nous n'avons pas pratiqué de réaction de floculation et au latex ni les tests cutanés (5).

Enfin, la trichinose est absolument exceptionnelle en France .

2.- DE MEME LE DIAGNOSTIC DE DISTOMATOSE

L'absence de parasite dans les selles n'élimine pas le diagnostic puisque les recherches parasitologiques restent négatives dans 40 à 60 % des cas .

Par contre, en immunologie, les réactions de déviation du complément et l'immunofluorescence ont été négatives et nous n'avons jamais obtenu l'arc 2 caractéristique. (6) (7) (8) .

3.- ROLE DU TAENIA SAGINATA

L'observation D... où il a été mis en évidence un T.saginata pose le problème de la responsabilité de ce ver dans l'apparition du syndrome observé .

Peut-on attribuer ce phénomène au Taenia et si oui, par quels mécanismes ?

En effet, on est toujours en droit de se demander du fait de la fréquence d'un taeniasis, s'il ne s'agirait pas d'une simple coïncidence .

On doit simplement remarquer que Madame D ... a noté pour la première fois la présence d'anneaux dans ses selles, au début du mois d'avril, ce qui permet de penser que l'infestation date du début de Janvier, moment précis où sont apparus les éléments du syndrome clinique.

Les anomalies observées en immunologie ne permettent pas d'affirmer le rôle éventuel du *tanenia* ni de l'éliminer (9). Si on devait retenir le rôle du *taenia*, il faudrait admettre au moment de l'infestation le passage de larves cysticerques (*cysticercus bovis*) à travers le tube digestif dans l'organisme humain, vers les viscères ce qui jusqu'alors n'a jamais été décrit, à notre connaissance .

Dans cette hypothèse, l'homme se comporterait comme un hôte d'attente pour les larves cysticerques .

Il s'agirait donc d'un véritable syndrome de larva migrans viscérale .

RESPONSABILITÉ D'UN SYNDROME

D E

LARVA MIGRANS VISCÉRALE

Dans l'observation A ... Nina, nous n'avons jamais réussi à mettre en évidence un parasite ni dans les selles, ni aux examens sérologiques . Ce caractère joint à une éosinophilie peut faire suspecter un syndrome de larva migrans viscérale (22) (23) (10) (11) (12).

Les principaux signes cliniques de ce syndrome sont l'hyperéosinophilie, la fièvre, l'hépatomégalie, des symptômes pulmonaires, nerveux, oculaires, des manifestations cardiaques (23).

Dans les six cas rapportés récemment par LAPIERRE (tous chez des femmes de 28 à 72 ans), il n'existe pas de signes nerveux, ni oculaires; par contre, on retrouve des signes cutanés et digestifs .

Si, cliniquement, le tableau présenté par notre malade était loin de réaliser une forme typique, on sait que la larva migrans viscérale peut donner lieu à des formes cliniques discrètes et pauci - symptomatiques. (23) . En particulier, chez nos deux malades, n'existaient ni syndrome pulmonaire, ni hépatomégalie, mais, pour BEAVER, celle-ci peut manquer, du moins chez les enfants (24). Par contre, il existait une hyperéosinophilie à 21 %, une légère fébricule, une asthénie . Il y avait des signes nerveux.

L'atteinte oculaire de la Larva migrans viscérale touche habituellement le segment postérieur, cependant une atteinte du segment antérieur a également été décrite (ASHTON N° 25), ce qu'on pourrait rapprocher de la segmentite antérieure de notre malade A ... Nina .

Quant aux manifestations cardiaques, si elles n'ont jamais été nettes, on retrouve des signes d'ischémie lésion à l'E.C.G. chez Madame A ... et il y a eu des douleurs à deux reprises, qui n'ont jamais été bien étiquetées .

Les signes cutanés décrits dans les six observations rappellent également ceux constatés chez notre malade : prurit et eczéma sur les doigts et le visage et l'on retrouve dans une étude faite, il est vrai, chez 51 enfants, 22 % des lésions cutanées à type de papulo-pustules le plus souvent ; un urticaire dans un cas et des lésions papuleuses de la taille d'une tête d'épingle (24), comme celles présentées par notre malade sur la pointe de la langue, les paupières et la main gauche .

Mais surtout ce sont les réactions immunologiques qui sont assez évocatrices . En effet, les principales précipitations obtenues dans l'étude du sérum des six femmes atteintes de larva migrans viscérale sont par ordre décroissant : (23)

- Ascaris suum
- Ascaris equorum
- Taenia cati
- Taenia leonia
- Ascaris lumbricoïdes
- Taenia canis,

ce qui rappelle les anomalies immunologiques observées chez nos malades et en particulier celle du 26 Janvier 1972 (observation A ... Nina), où nous obtenions :

- Fasciola hepatica 2 arcs
- Panagrellus 2 arcs
- Ascaris suum 2 arcs
- Parascaris equorum 1 arc faible
- T. canis 1 arc
- Ascaris lumbricoïdes 2 arcs .

A u t o t a l :

il faut reconnaître qu'il y a de grandes parentés entre le syndrome observé chez nos deux malades et la larva migrans viscerale (V.L.M.).

Dans les deux cas on peut observer :

- une grande éosinophilie,
- des réactions immunologiques dissociées,
- des atteintes neurologiques témoignant de l'atteinte du système nerveux central (crises convulsives dans le V.L.M., troubles de l'équilibre, signes pyramidaux, altération de l'électro-encéphalogramme chez nos malades)
- troubles cutanés : macules, papules érythémateuses,
- des manifestations oculaires .

Par contre, le liseré purpurique sous unguéal qui individualise nos deux observations ne semble pas avoir été décrit dans le V.L.M.

P A T H O G E N I E

Nos deux observations, si elles mettent bien en évidence la valeur sémiologique du liseré sous unguéal, n'apportent par contre aucun élément original permettant d'en comprendre le mécanisme d'apparition .

Dans les trichinoses où ce symptôme a été décrit pour la première fois, on admet que les anomalies observées sont de nature mécanique et dues à l'obstruction des petites artérioles terminales par les larves (5) (13). La migration des larves en dehors du système vasculaire vers les muscles entraîne alors une extravasation sanguine responsable du purpura . La localisation du purpura au niveau de l'extrémité des doigts suggère également un facteur mécanique probablement en rapport avec des conditions anatomiques locales . Peut-être cette localisation rend-elle compte d'un biotropisme particulier des larves de trichine qui trouveraient à ce niveau des conditions thermiques ou métaboliques favorables ? L'incertitude étiologiques sur l'agent responsable du syndrome observé chez nos deux malades ne nous apporte pas d'élément de compréhension supplémentaire pour ce symptôme si particulier que réalise le liseré purpurique sous unguéal .

Pour les autres manifestations neurologiques, oculaires, cardiaques, nous en sommes également réduits aux hypothèses .

- Il peut s'agir de migrations larvaires viscérales : le fait a été prouvé en particulier pour les manifestations oculaires du visceral larva migrans (15-16) et dans certaines observations privilégiées pour les manifestations neurologiques de la distomatose (14).

- Le parasite pourrait également agir à distance par effet toxique ou allergique . Le mécanisme allergique a été souvent retenu dans les manifestations viscérales de la trichinose par les auteurs, du fait de l'éosinophilie élevée, des constatations histologiques et la régression des symptômes sous corticothérapie (18) . Pour certains, les manifestations neurologiques, cardiaques, etc . seraient dues à une angéite diffuse (19), elle-même secondaire à un conflit antigène-anticorps (l'antigène ici étant de nature parasitaire). (20).

Il est vraisemblable finalement qu'un facteur mécanique local (présence du corps étranger parasitaire) et qu'une réaction allergique sont nécessaires pour expliquer la symptomatologie des manifestations viscérales de la trichine . La grande analogie des symptômes présentés par nos malades avec ceux décrits dans la trichinose nous fait penser que le syndrome que nous avons observé était dû également à la conjonction d'une réaction hyper-ergique et d'une diffusion parasitaire dans tout l'organisme . L'absence de diagnostic précis nous a conduit à l'abstention thérapeutique . Nous pensons cependant que dans des observations semblables pouvant comporter des éléments de gravité (troubles neurologiques, manifestations cardiaques), il serait souhaitable d'entreprendre un traitement corticoïde pour lutter contre les phénomènes allergiques .

Un traitement antiparasitaire, à supposer qu'on puisse incriminer tel ou tel parasite et qu'on dispose d'un traitement efficace, devrait être utilisé avec prudence par crainte, en provoquant une lyse parasitaire, d'aggraver les phénomènes allergiques .

C O N C L U S I O N

L'existence chez deux malades d'un symptôme très particulier et très caractéristique nous a permis de rattacher à une étiologie parasitaire un ensemble symptomatique complexe qui avait fait évoquer des diagnostics multiples et en particulier celui de péri-artérite noueuse.

Dans les deux cas, nous avons en effet noté sur tous les doigts des deux mains un liseré purpurique sous unguéal, fait de stries parallèles au grand axe des doigts . Les stries sont juxtaposées en bande circulaire, doublant le bord libre de l'ongle . A ce liseré purpurique sous-unguéal, s'associent :

- Une altération discrète de l'état général, des myalgies diffuses .

- Des signes neurologiques témoignant d'une atteinte encéphalique avec altérations de l'électro-encéphalogramme .

- Des signes cutanés (papules érythémato-squameuses) évoluant par poussées dans une observation .

Il faut également rapporter à ce syndrome :

- Une segmentite antérieure à l'examen ophtalmologique révélatrice de la maladie chez Madame A ...

- Des altérations de l'E.C.G. évocatrices d'ischémie observées chez la même malade .

Aux examens complémentaires une forte éosinophilie a été révélée dans les deux observations . Elle a persisté plusieurs mois avant de s'atténuer progressivement .

Les recherches parasitologiques (examen de selles, biopsie musculaire) sont restées négatives mais les réactions immunologiques ont donné des résultats dissociés qui, si elles ne permettent pas d'affirmer le rôle de tel ou tel parasite, permettent cependant de suspecter très fortement l'étiologie parasitaire du syndrome .

Dans nos deux observations, l'évolution a été favorable après plusieurs mois et nous disposons d'un recul de trois ans pour la première observation .

Le liseré purpurique sous unguéal a déjà été décrit dans la trichinose . Cette étiologie nous semble exclue dans nos deux observations . L'ensemble du tableau clinique est en faveur d'un syndrome de type larva migrans viscérale . La présence d'un taenia chez l'une des deux malades peut être due à une simple coïncidence (infestation poly-parasitaire), elle peut également faire discuter le rôle d'une migration de larves cysticerques .

Bien que persistent de nombreuses obscurités sur la pathogénie et l'étiologie du syndrome observé chez nos deux malades, il nous paraît utile d'insister sur la valeur sémiologique du liseré purpurique sous - unguéal qui doit permettre pour des observations ultérieures :

- d'orienter le diagnostic vers une affection parasitaire,
- d'entreprendre des recherches étiologiques plus poussées,
- de pratiquer un bilan viscéral complet (en particulier neurologique et cardiaque) de façon à décider de l'opportunité d'un traitement corticoïde en cas d'atteinte sévère.

VU et PERMIS d'IMPRIMER :

Le DOYEN de la FACULTE DE MEDECINE

LARIBOISIERE - St-LOUIS

F O U R N I E R

Le PRESIDENT de la THESE :

P. B A * R B I È R

Le RECTEUR de l'ACADEMIE de PARIS :

R. M A L L E T

B I B L I O G R A P H I E

- 1.- BRIGG et BRUCK de SAN FRANCISCO
Communication personnelle .
- 2.- Trichinosis with neurologic and cardia involment
by GRAY, MARX and PHILLIPS
(Annals of Internal. Medicine, Vol. 57,N°2, Août 1962).
- 3.- Trichinosis involving the central nervous system .
J.A.M.A. vol.164 , 1957, p.1566.
- 4.- Manifestations neurologiques et cardiaques au cours d'une distomatose .
(A propos d'une observation) .
J.P. COULAND, SANNOT, GRINFELD, GARABIOL, PAYET .
Ann. Med. Int. Août-Sept. 1970 . 121, N°8-9, pp.729-736.
- 5.- Mac NAUGHT J.B. : The diagnosis of trichinosis .
Am. J. Trop. Med. (19.181.1931).
- 6.- CAPERON A., VERNES A.
Distomatoses .
E.M.C. 1969 81110 A₁₀
- 7.- GENTILINI M. et NIEL : Communication personnelle .
- 8.- Paul HOQUET et André CONSTANTIN
Fascioloses humaine et animale .
Gazette Méd. Tom.76 N°12 du 25/4/1969.
- 9.- Toeniasis et cysticeriases .
J. PETITHORNY et J. BERTHELIN .
Gaz. Médicale, Tome 76, N°12 du 25/4/1969.
- 10.- BEADER P.C. Larva migrans . A review .
Parasitol. 1956, 2, 587 - 621.

- 11.- BEAVER P.C. The nature of visceral larva migrans
J. Parasitol. 1969. 1, 3-11.
- 12.- BEAVER P.C. Toxocarasis in relation to tropical eosinophilia .
Bull. Soc. Path. exot. 1962. 4, 555-572.
- 13.- MOST and ABELES - Ar. neuro et pyh. 37, 589-616, Marsh 1937.
- 14.- RUGGIERI F. Cerebral distomatosis .
Case report .
J. Neurosurg. 27, N°1, 268.
- 15.- BRAUN VALLON Pseudogliome d'origine parasitaire . Infection oculaire
par Toxocara -
Bull. Soc. Opht. 1963, 966. 20-24.
- 16.- IRVINE W.C. et IRVINE A.R.
Neurorhinitis endophthalmitis Toxocara canis . Report of
one case .
Am. J. Ophthalmol. 1959. 47. 185-191.
- 17.- LUONGO and Associates
New England J. Med. 245, 757-760, 1951.
- 18.- ROSE B. In Immunological diseases .
J.A. Churchill L.T.D. London, 1965, 470.
- 19.- SITA J.A. Neurological manifestation of general diseases .
Charles C. Thomas Edith. p.750.
- 20.- SIKAW, HARWELL et MILLER
J. Clin. Invest. 30. 575-581, Juin 1971.
- 21.- HARRELL C.T., Jr, SIKOWA J.K.
Alterations in the permeability of membranes during
infection .
J.A.M.A. 147, 232, 1951.
- 22.- Polycopie de Parasitologie : Cours de médecine tropicale du Professeur
M. GENTILINI, Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine Pitié-Salpêtrière
Tome 2 - 11 - 49 - 54.
- 23.- Presse Médicale : Le syndrome de larva migrans viscérale (A propos de
13 observations).
J. LAPIERRE et C. HOLLER : 1971. 79. 48. 2163.

24.- HURTLY C.C., COSTAS M.C., LYERLY A.

Visceral larva migrain syndrome . Clinical characteristics
and immunologic studies in 51 patients .

Pediatrics, 1965, 36, 523, 526.

25.- ASHTON N. in proceeding of the Second International corneoplastic :
Surgery conference .

Ed. P.V.Pycroft. Pengamon Press. Oxford 1969, p.579.
